

TJÄNSTESKRIVELSE

2019-02-05

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

Kvalitetsrapport – Delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah 2018

Dnr: OMS 19/010

Sammanfattning av ärendet

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att kvalitetsarbetet ska dokumenteras och sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse. Varje resultatområde redovisar årligen sitt kvalitetsarbete utifrån vissa frågeställningar till social- och omsorgskontorets stab för sammanställning till nämnden. Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs i rapporten med åtgärder och förbättringar utifrån verksamhetens egenkontroll, rapporterade avvikelser, inkomna synpunkter och klagomål samt inträffade missförhållanden enligt lex Sarah.

Under 2018 har Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF), Verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VFF) och de externa verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling. Ett förbättringsområde från 2017 var att arbeta mer systematiskt med synpunkter och klagomål och kvalitetsavvikelser. Utifrån verksamheternas rapportering för 2018 har förbättringsarbete genomförts, men det är ett fortsatt utvecklingsområde.

Social- och omsorgskontoret föreslår att Kvalitetsrapport - delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah 2018, daterad den 5 februari 2019, godkänns.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad den 5 februari 2019

Social- och omsorgskontorets Kvalitetsrapport - delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah, 2018, daterad den 5 februari 2019.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser eller behov av finansiering.

Social- och omsorgskontorets förslag till omsorgsnämnden:

Social- och omsorgskontorets föreslår att Kvalitetsrapport – delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah 2018, daterad den 5 februari 2019, godkänns.

Eva Pedersen-Wallin
Tillförordnad socialdirektör

Lena Karlsson Leksell
Kvalitet-och uppdragschef

Handläggare: Mina Balendran
Utredare
Stab
Telefon (direkt): 0852301379
E-post: mina.balendran@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Rapport | 2019-02-05

Kvalitetsrapport 2018

Delrapport avvikelser, synpunkter, lex Sarah

Mina Balendran och Lena Pinner
Utredare och Kvalitetsutvecklare
Stab, Kvalitet och uppdrag
Telefon (direkt): 0852301379, 0852302271
E-post: mina.balendran@sodertalje.se, lena.pinner@sodertalje.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
1. Bakgrund.....	4
2. Egenkontroll.....	4
2.1 Nämndens egen verksamhet för personer med funktionsnedsättning (VFF).....	4
2.2 Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF).....	4
3. Nationell brukarundersökning	5
4. Avvikelse.....	6
4.1 Exempel på åtgärder utifrån avvikelser inom VFF	7
4.2 Exempel på åtgärder utifrån avvikelser inom MÄF.....	7
4.3 Exempel på åtgärder utifrån avvikelser inom externa verksamheter	7
5. Klagomål och synpunkter	7
6. Missförhållanden enligt lex Sarah	8
6.1 Missförhållanden i kommunal och extern verksamhet åren 2016 – 2018.....	9
6.2 Exempel på vidtagna åtgärder utifrån missförhållanden inom kommunens verksamheter	9
6.3 Exempel på vidtagna åtgärder utifrån missförhållanden inom externa verksamheter ..	10
7. Tillsyn	10
7.1 Tillsynsärenden IVO	10
8. Kompetensutveckling och särskilda satsningar	11
8.1 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom Verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VFF)	11
8.2 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF)	11
8.3 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom Externa verksamheter inom bostad med särskild service enligt LSS	11
8.4 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom Externa verksamheter inom daglig verksamhet enligt LSS	11
9. Verksamhetsuppföljning	12

Sammanfattning

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett välfungerade och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att uppmärksamma och förebygga kvalitetsbrister och ta hand om synpunkter och klagomål i syfte att förbättra verksamheten för brukarna och minska risken för missförhållanden.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att kvalitetsarbetet ska dokumenteras och sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse. Varje resultatområde redovisar årligen sitt kvalitetsarbete utifrån vissa frågeställningar till social- och omsorgskontorets stab för sammanställning till nämnden. Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs i rapporten med åtgärder och förbättringar utifrån verksamhetens egenkontroll, rapporterade avvikelser, inkomna synpunkter och klagomål samt inträffade missförhållanden enligt lex Sarah.

Under 2018 har Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF), Verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VFF) och de externa verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av medarbetare. Ett förbättringsområde från 2017 var att arbeta mer systematiskt med synpunkter, klagomål och kvalitetsavvikelser. Utifrån verksamheternas rapportering för 2018 har förbättringsarbete genomförts, men det är ett fortsatt utvecklingsområde. Förberedelser har gjorts inom social- och omsorgskontorets stab för att införa ett digitalt avvikelshanteringssystem i Life Care som ska införas i alla nämnders verksamheter i början av 2019.

1. Bakgrund

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett välfungerade och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att uppmärksamma och förebygga kvalitetsbrister och ta hand om synpunkter och klagomål i syfte att förbättra verksamheten för brukarna och minska risken för missförhållanden.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att kvalitetsarbetet ska dokumenteras och sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse. Varje resultatområde redovisar årligen sitt kvalitetsarbete utifrån vissa frågeställningar till social- och omsorgskontorets stab för sammanställning till nämnden. Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs i rapporten med åtgärder och förbättringar utifrån verksamhetens egenkontroll, rapporterade avvikelser, inkomna synpunkter och klagomål samt inträffade missförhållanden enligt lex Sarah.

2. Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska utöva egenkontroll för att säkerställa att man följer aktuella lagar, föreskrifter och att verksamheten är av god kvalitet. Egenkontrollen kan exempelvis innehålla granskning av journaler, akter och annan dokumentation, mottagning och hantering av synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga. Egenkontrollen kan också innehålla jämförelser med andra kommuner eller med verksamhetens resultat från tidigare år, exempelvis i brukarundersökningar eller Öppna jämförelser.

2.1 Nämndens egen verksamhet för personer med funktionsnedsättning (VFF)

VFF har ett system för egenkontroll som innebär att enhetscheferna varje månad rapporterar in uppgifter till ett gemensamt kvalitetssystem enligt olika variabler. Status följs upp av resultatområdeschef och återkopplas till områdets ledningsgrupp där beslut fattas om förbättringsåtgärder vid behov. En annan egenkontroll utgörs genom stickprovsgranskning av dokumentation och genomförandeplaner som görs en gång per år av verksamhetsutvecklaren.

2.2 Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF)

MÄF har egna verksamhetsmål gällande utredningstider och mätning av brukarnöjdhet i form av bemötande och tillgänglighet som följs upp regelbundet. Riktvärdet för utredningstid gällande ansökningar enligt LSS var att 90 % av utredningarna ska vara klara inom tre månader. Resultatet för 2018 var att 86 % av utredningarna var klara i tid. En orsak till att riktvärdet inte uppnåtts kan vara att personalomsättningen varit hög på enheten.

Riktvärdet gällande brukarnöjdhet var 80 %. Resultat efter egen enkätundersökning på MÄF var 86 %. En bidragande orsak till det goda resultatet kan vara det ständigt pågående arbetet med värdegrundsfrågor, bemötandespel och nära ledarskap i form av gruppleddare som coachar handläggare i de enskilda ärendena.

Inom MÄF arbetar man enligt LEAN filosofin, där det ingår att arbeta med ständiga förbättringar. Samtliga team har regelbundna tavelmöten där medarbetare framför sina förbättringsförslag utifrån egna idéer och utifrån avvikelser som inträffat. Under 2018 inkom 188 förbättringsförslag. Arbetssättet gör att medarbetare blir involverade och det finns ett tydligt forum för att arbeta med detta. Övriga forum för systematiskt förbättringsarbete är ärendedragningar och metodmöten där fokus är att säkerställa att utredningsarbete bedrivs likartat och att rättssäkra bedömningar utförs.

3. Nationell brukarundersökning

Brukarnas upplevelse av bland annat inflytande, trygghet och trivsel har mätts genom en nationell brukarundersökning som omfattar vuxna med insatserna bostad med särskild service enligt LSS (gruppboende och serviceboende), daglig verksamhet enligt LSS och boendestöd enligt SoL. Enkäten har utarbetats av SKL och började användas i kommunens verksamheter 2016. Enkäten är anpassad för personer med funktionsnedsättning och resultatet av årets undersökning redovisas i bokslutet 2018 under nämndens mål om inflytande, trivsel, trygghet, bemötande och rätt stöd. Svarsfrekvensen blev något högre år 2018 än tidigare. Av totalt 406 svar kom 75 svar från personer i gruppboende, 33 svar från personer i serviceboende, 217 svar från personer med daglig verksamhet och 81 svar från personer med boendestöd.

Under 2018 har några externa verksamheter deltagit i brukarundersökningen. Cirka en tredjedel av de externa verksamheterna har deltagit, vilket gav ytterligare 65 svar. Svarsfrekvensen kan förbättras genom att fler verksamheter deltar men kan inte förväntas bli lika hög som vid andra medborgarenkäter och undersökningar. I målgruppen finns personer som har kognitiva funktionsnedsättningar som innebär att vissa inte har förmåga att förstå eller ta ställning till frågorna även om de är enkelt formulerade, varför det är svårt att föra slutsatser kring resultatet. I denna undersökning är det inte tillåtet att anhöriga, gode män eller personal besvarar enkäten vilket gör att de svar som lämnats är brukarens egen uppfattning.

4. Avvikelser



Figur: Basen i kvalitetsarbetet är arbetet med avvikelser, synpunkter och klagomål.

I Socialstyrelsen föreskrifter SOSFS 2011:9 anges att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. I alla verksamheter inträffar kvalitetsavvikelser som drabbar den enskilde. Det kan exempelvis vara att man inte har utfört det som är fastställt i rutiner eller i den enskildes genomförandeplan. Det kan också handla om olämpligt bemötande mot brukare, eller bristande samverkan mellan olika verksamheter eller huvudmän. Utöver avvikelser som personalen själv rapporterar kommer även klagomål och synpunkter från brukare och anhöriga som ska hanteras som en del i det systematiska förbättringsarbetet.

Under 2018 har utveckling av arbetet för en mer systematisk hantering av avvikelser fortsatt med förberedelser för införandet av ett digitalt system (Life Care avvikelsemodul) som stöd för rapportering, analys och åtgärder utifrån avvikelser och missförhållanden enligt lex Sarah. Life Care avvikelsemodul kommer att införas i kommunens verksamheter under våren 2019.

Under 2018 har VFF och MÄF rapporterat totalt 394 avvikelser, varav störst antal gällde brister i utförande av insatser (197) samt fysisk miljö, utrustning, teknik (86). I jämförelse med 2017 har antalet avvikelser i kommunala verksamheter mer än dubblats. Det ökade antalet av rapporterade avvikelser är sannolikt ett tecken på att personalen blivit mer uppmärksam och dokumenterar oftare när avvikelser sker.

Inom externa verksamheter har 608 avvikelser rapporterats för 2018. År 2017 hade 966 avvikelser rapporterats. Från externa boenden enligt LSS har fem verksamheter redovisat avvikelser och åtgärder. När det gäller daglig verksamhet enligt LSS har fyra externa verksamheter redovisat avvikelser och åtgärder. Flest avvikelser rapporteras i kategorin ”brister i utförandet av insatser”. En verksamhet rapporterar sina avvikelser som ospecificerade.

4.1 Exempel på åtgärder utifrån avvikelser inom VFF

VFF har bland annat arbetat med att öka förståelse för varför man skriver avvikelser. Det är ett hjälpmedel till förbättring, inte kritik av arbetet. Verksamheten har förbättrat processer och rutiner för att öka livskvaliteten för den enskilde brukaren, exempel på förbättrade processer och rutiner som har införts är påminnelser i telefon, visuell drifttavla schemaändringar och anpassningar av lokaler efter brukarens behov. VFF har skapat rutiner för informationsöverföring mellan arbetspass och vikarier. Verksamheten har sett över hantering av brukarnas privata medel. Handlingsplaner och samverkansöverenskommelser är upprättade efter brukares behov.

4.2 Exempel på åtgärder utifrån avvikelser inom MÄF

MÄF har fortsatt arbeta med att utveckla och tillämpa rutiner i verksamheten.

Överenskommelse om samverkan med Vuxenheten och Barn och ungdom har skapats och införande av den har påbörjats. Enheten har startat studiecirkel i personlig assistans för nyanställda och kommer att fortsätta med utökning av personlig assistans vid SFB (socialförsäkringsbalken). MÄF har fortsatt med utveckling av domgruppen som har till uppgift att följa och förmedla rättsutvecklingen. Domgruppen sammanställer domar som MÄF får och andra rättsliga ställningstaganden för att säkerställa en rättsäker handläggning och bedömning. MÄF har genomgång av alla utredningar som är längre än tre månader och alla icke verkställda beslut (längre än tre månader) på "Lill ledningsgrupp" en gång per månad.

4.3 Exempel på åtgärder utifrån avvikelser inom externa verksamheter

Externa verksamheter har anpassat rutiner efter boendes behov och nya lagar och regler. Rutiner anpassas efter krav i avtal och upphandlingar från olika kommuner. Utbildning till all personal i lågaffektivt bemötande har påbörjats (40 medarbetare har gått utbildningen). Rutinen vid misstanke och suicidrisk har vidareutvecklats och uppdaterats. På den berörda enheten har arbetet med bildstöd strukturerats. Externa verksamheter har bland annat uppdaterat checklista för introduktion av ny personal. Det har genomförts extra handledning och utbildningstillfällen gällande bemötande. Två medarbetare kommer att gå högskoleutbildning i LSS 7,5 högskolepoäng, ytterligare en kommer att gå senast 2020. Verksamheterna har förtydligat rutiner vid förändringar av taxiresor. Det har gjorts förbättringar inom teknik avseende hantering av exempelvis dator eller införskaffat rollator.

5. Klagomål och synpunkter

MÄF har redovisat 17 stycken inkomna synpunkter och klagomål och VFF har redovisat 19 stycken. De externa verksamheterna har sammanlagt redovisat 24 stycken klagomål. Endast tre av de externa boendeverksamheterna har redovisat antal inkomna synpunkter och klagomål samt exempel på åtgärder. Från extern daglig verksamhet redovisas totalt 13 klagomål från sex olika verksamheter.

Inom externa boendeverksamheter har en verksamhet bland annat sett över rutiner om information till anhöriga om förändringar som sker på olika gruppbestäder. Verksamheten har förbättrat och tydliggjort ansvarsfördelning mellan styrelse och verksamhetsledning. En verksamhet har gjort arbetsrättsliga åtgärder utifrån klagomål som inkommit. En annan verksamhet har utifrån klagomål skapat rutiner för att säkerställa att de boende alltid har tillgång till internet.

Externa dagliga verksamheter har utifrån brukarens behov gett mer stimulerande uppgifter efter att brukaren känt att uppgifterna inte varit tillräckligt utmanande. Ändring av schema och information till matleverantörer om önskade förbättringar har gjorts.

VFF har anpassat lokaler för att möta brukarens behov, förbättrat processer och rutiner för att öka livskvaliteten för den enskilde brukaren.

MÄF har bland annat genomfört enkätundersökning gällande bemötandet av brukare och tillgänglighet. Bemötandespel genomförs regelbundet för att höja kompetensen vid bemötande av personer med funktionsnedsättning. Det har gjorts ändringar i utredningsförfarandet vid boendestöd så att det tydligare framgår vilka insatser som brukaren har rätt till, inte antalet timmar. Kollegiegranskning genomfördes under april och oktober för att granska beslut.

6. Missförhållanden enligt lex Sarah

Att rapportera missförhållanden och utreda händelser som inneburit hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa (definition enligt SOSFS 2011:5) tillhör det systematiska kvalitetsarbetet. Det kan exempelvis vara fysiska, psykiska, sexuella eller ekonomiska övergrepp (stölder). Det kan också vara brister i bemötande, rättsäkerhet vid handläggning eller brister i utförandet av insatser. Med missförhållande avses såväl utförda handlingar som handlingar som av försummelse eller annat skäl personal har underlåtit att utföra.

Alla som arbetar i verksamheten, både inom myndighet och utförarverksamhet, ska känna till skyldigheten att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Ledningen ska informera sin personal om lex Sarah rapporteringsskyldigheten minst en gång per år. Under 2018 har kommunens verksamheter och myndighet genomfört information om lex Sarah för alla anställda. Av de externa verksamheterna uppger samtliga utom en verksamhet att de har genomfört information om lex Sarah under 2018.

Rapportering av händelser som inträffat inom nämndens egna verksamheter utreds och bedöms av kvalitetsutvecklare inom staben på social- och omsorgskontoret. Allvarliga missförhållanden, det vill säga händelser som har medfört allvarliga konsekvenser eller risk för allvarliga konsekvenser för brukarens liv och hälsa, ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2018 har en (1) händelse bedömts som allvarligt missförhållande.

I extern verksamhet är det verksamheten själv som ansvarar för att utreda missförhållanden och anmäla dessa till IVO. Den externa verksamheten ska också informera den nämnd som är ansvarig för den drabbade brukaren. Tre externa boendeverksamheter och två externa dagliga verksamheter har rapporterat missförhållanden och åtgärdat utifrån dessa.

Under 2018 har 35 rapporter om händelser som inträffat i nämndens egna verksamheter utretts av kvalitetsutvecklare. Av dessa bedömdes 20 vara missförhållanden enligt lex Sarah, varav en bedömdes som allvarlig (fysiskt övergrepp mot brukare) som anmäldes till IVO.

Sex rapporter från december 2018 är under utredning och är ännu ej bedömda. Övriga händelser bedömdes som avvikelser av mindre grad.

Antalet rapporter och konstaterade missförhållanden har ökat de senaste åren, vilket sannolikt är en effekt av ökad medvetenhet om rapporteringsskyldigheten.

6.1 Missförhållanden i kommunal och extern verksamhet åren 2016 – 2018

Kategori	2016 (Endast kommunens verksamheter)	2017 (Endast kommunens verksamheter)	2018 (VFF:s alla verksamheter)	2018 (Externa boenden + Daglig verksamhet)
Fysiska övergrepp (ä.v. våld mellan brukare)	3	1	2 (varav 1 allvarlig)	
Sexuella övergrepp	1			
Psykiska övergrepp				
Brister i bemötande	1		1	4
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	1	3	2	
Brister i utförande av insatser	3	7 (varav 4 allvarliga)	13	6
Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik			2	1
Ekonomiska övergrepp (ex. stöld från brukare)		2		
Annat				2
Totalt	9 (0 allvarliga)	13 (varav 4 allvarliga)	20 (varav 1 allvarlig)	13

6.2 Exempel på vidtagna åtgärder utifrån missförhållanden inom kommunens verksamheter

VFF har bland annat genomfört etikediskussioner och värderingsövningar. Avvikelsehantering sköts snabbare, varningssignaler ska uppmärksammas och dokumenteras. Nya rutiner är införda för att förhindra att obehöriga tar sig in på ett boende. Nattpersonal har utrustats med personallarm. VFF har säkerställt att obehöriga inte kommer åt sekretessbelagda dokument genom nya rutiner. VFF har arbetat med att öka förståelsen för rapporteringsskyldigheten. Medarbetare har blivit mer uppmärksamma.

6.3 Exempel på vidtagna åtgärder utifrån missförhållanden inom externa verksamheter

Externa verksamheter har bland annat inom ramen för ett pågående värdegrundsarbete tagit upp frågor om rasism, religion och politiska åsikter i personalgrupperna. Nya tillsynsrutiner har införts. Medarbetare får fördjupad kunskap om riskbedömning och tillämpning av dessa. Medarbetare får handledning för att utarbeta en ny bemötandeplan, uppdaterad genomförandeplan och hantering av hot- och våldsituationer. Det är pågående konflikt mellan personal på olika enheter. På de berörda enheterna har samverkansmöte börjat hållas regelbundet. Utbildning till all personal i lågaffektivt bemötande har påbörjats och genomgång utförs med berörd personal av rutiner för kontakt med hälso- och sjukvården.

7. Tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedriver tillsyn inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt verksamheten enligt lag om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS). IVO har ett tydligt uppdrag att ha patient- och brukarperspektiv i tillsynen. Klagomål på myndighet eller verksamhet kan också lämnas till JO som kan begära nämndens yttrande i ärendet.

7.1 Tillsynsärenden IVO

Inom VFF inkom klagomål rörande personlig assistans och att personal uteblivit vid ett flertal tillfällen. IVO har begärt yttrande över om att personal uteblivit, hur många gånger detta har inträffat under år 2018 samt hur detta har hanterats av nämnden. IVO har avslutat ärendet 2018-12-18.

MÄF har fått beslut från IVO angående ansökan om tillfällig utökning av personlig assistans utöver SFB. Nämnden kritiserades för den långsamma (nästan sju månader) handläggningen av ärendet. Ärendet avser år 2017 och är nu avslutat.

Inom externa verksamheter har en verksamhet haft tillsyn från IVO för att följa upp att tidigare brister har åtgärdats. De tidigare brister avser personalproblem som är kända, brukarnas samtycke ska dokumenteras och hantering av läkemedel. Ett arbete har påbörjats med att säkerställa att brukarnas samtycke dokumenteras. IVOs bedömning att verksamheten arbetat aktivt för att förbättra personalens samarbete och det finns förutsättningar för en säker läkemedelshantering. IVO kommer följa upp de lex Sarah anmälningar som för närvarande utreds av verksamheten.

En annan verksamhet har fått krav från IVO att åtgärda bristande dokumentation. En enkät som besvarats av medarbetare visade att många anser att det digitala dokumentationsprogrammet är för komplicerat och verksamheten har därför valt att hålla sig till arbetsanteckningar. Verksamheten har instruerat hur medarbetare ska dokumentera i det nya dokumentationssystemet "Rätt spår". En lathund har upprättats för att underlätta dokumentationen. En miniutbildning om dokumentationen i sin helhet har ägt rum i december i väntan på en större utbildningsinsats som påbörjas i januari 2019.

Uppföljning av dokumentationen har skett varannan vecka på medarbetarnas APT- möten.

8. Kompetensutveckling och särskilda satsningar

8.1 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom Verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VFF)

VFF har infört IBIC, individens behov i centrum. Verksamhetsutvecklare har tagit fram en utbildning i dokumentation som samtliga chefer har gått och medarbetare kommer att gå. Boendestöd har infört mobil digital dokumentation under året. Personlig assistans har infört AiAi (system för rapportering till Försäkringskassan), schemaläggning och kommunikation mellan chef och arbetsgrupp. Samtliga resultatenhetschefer har genomgått en utbildning i våld i nära relation, som i sin tur utbildat medarbetare. Utbildning har genomförts om psykisk ohälsa till vissa medarbetare. Det har genomförts en grundläggande utbildning om utvecklingsstörning och utbildning i alternativ kommunikation, AKK.

8.2 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF)

MÄF har genomfört en utbildning i den nya förvaltningslagen (2017:900) vid två tillfällen. Handläggare har genomgått "nationell högskoleutbildning för LSS handläggare" 7,5 högskolepoäng. Inköp av litteratur gällande rättspraxis 2018 har gjorts. Vid två tillfällen har handläggare genomgått utbildning "att upptäcka och hantera suicidrisk" i syfte att förbättra bemötande av personer i riskgruppen. Flera kurser inom autismspektrumtillstånd har genomförts.

8.3 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom Externa verksamheter inom bostad med särskild service enligt LSS

Externa verksamheter inom bostad med särskild service enligt LSS har bland annat arbetat med ett nytt Intranät för verksamheten och ett nytt Ledningssystem för kvalitet. Utbildning har genomförts i social dokumentation och livsmedelshantering. Internutbildning har genomförts i lågaffektivt bemötande och utbildning i basala hygienrutiner. Utbildning i LSS-lagstiftning, 7,5 högskolepoäng har genomförts. Inom en verksamhet har en stor satsning på ledarskapsutbildning och dess implementering inom företaget pågått under året. Fem olika relevanta föreläsningar med fokus på områden inom vårddyrket och arbetsglädje har arrangerats av JärnaHälsan och Spira. Dokumentationsutbildning och handledning för medarbetargrupper har genomförts. Utbildning i Lex Sarah, rapportering och utbildning i att förebygga stress och ohälsa inom vård har genomförts.

8.4 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom Externa verksamheter inom daglig verksamhet enligt LSS

I externa verksamheter inom daglig verksamhet har lokaler byggts om för att underlätta arbetsflödet i verksamheten för brukare och personal.

LÄS-utbildning (utbildning i läkepedagogik och socialterapi), kurs i IBIC, föreläsning i lågaffektivt bemötande och kurs i Lex Sarah har genomförts. Andra kurser och utbildningar som 4-årig blockutbildning i Järna Kompetens, suicidpreventionskurs, Spira/värnas fortbildningsdagar, grupphandledning 4 gånger/år och övergång till dokumentation inom digitalt system, Rätt Spår, har genomförts.

9. Verksamhetsuppföljning

I nämndens plan för uppföljning finns en planering för vilka insatser som ska följas upp under året. Verksamhetsuppföljning görs utifrån ramavtal med externa verksamheter samt lagstiftning och övriga regelverk. Uppföljningen av verksamheter med insatsen daglig verksamhet enligt LSS har skett under hösten 2018. En särskild rapport om uppföljningen togs upp vid nämndens sammanträde i januari 2019. Totalt besöktes 14 verksamheter (11 externa, 3 kommunala verksamheter). Ansvariga chefer och några från personalen på varje verksamhet intervjuades. Fokus i årets uppföljning var kompetens, metoder och hur man arbetar för att öka brukarens inflytande och delaktighet. Uppföljningen omfattade också en granskning av social dokumentation och genomförandeplaner.

Alla verksamheter som ingått i uppföljningen har fått en kortare skriftlig återkoppling efter besöket. Utförarmöten har hållits varje termin med chefer från både kommunens verksamheter och externa LSS-verksamheter. På dessa möten ges information och tillfälle till diskussion om aktuella och gemensamma frågor, exempelvis vad ansvaret för hälso- och sjukvård innebär för boenden och daglig verksamhet. Information om nämndens mål i verksamhetsplanen 2018 och den nationella brukarundersökningen har också tagits upp.